

tuổi, béo phì, bệnh nền tang huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch. Tuy nhiên, cần thêm nhiều nghiên cứu để chứng minh hiệu quả của những phương pháp trên.

IV. KẾT LUẬN

Tư thế ghế bãi biển – BCP mang lại nhiều lợi ích về mặt phẫu thuật nhưng lại mang đến nhiều nguy cơ về rối loạn huyết động. Việc theo dõi, phát hiện và xử lý kịp thời là rất quan trọng nhằm tránh những biến chứng nguy hiểm như tụt huyết áp, thiếu máu não hoặc ngừng tim. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra những biện pháp dự phòng như truyền dịch, sử dụng vận mạch, dùng máy áp lực cơ học đeo chân... đem lại kết quả khả quan. Thông qua ca bệnh, chúng tôi muốn nhấn mạnh nguy cơ rối loạn huyết động nguy hiểm và cách dự phòng biến cố huyết động trên bệnh nhân mổ nội soi khớp vai ở BCP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peruto CM, Ciccotti MG, Cohen SB.** Shoulder arthroscopy positioning: lateral decubitus versus beach chair. *Arthroscopy* 2009;25:891–6.
2. **Torin Shear, MD; Glenn Murphy, MD:** Impact of the Beach Chair Position on Cerebral Perfusion: What Do We Know So Far?. *APSF NEWSLETTER*. 2013;28(14):18.
3. **Derek D. Rains M.D, G. Alec Rooke M.D, Christopher J. Wahl M.D:** Pathomechanisms and Complications Related to Patient Positioning and Anesthesia During Shoulder Arthroscopy. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic &*

- Related Surgery.2011;27(4):532-541.
4. **Huru Ceren Gokduman, Elif Aygun, Nur Canbolat, Mert Canbaz, a Taner Abdullah, Ali Ersen, and Mehmet I.** Bugeta: Fluid preloading before beach chair positioning for arthroscopic shoulder procedures: a randomized controlled trial. *Braz J Anesthesiol*. 2022;72(6):702–710.
 5. **Myoung Jin Ko, Hyojoong Kim, Hyun-Seong Lee, Soo Jee Lee, Yei Heum Park 1, Jin-Young Bang, Kí Hwa Lee:** Effect of phenylephrine infusion on hypotension induced by the beach chair position: A prospective randomized trial. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(28):e20946.
 6. **Jae Hoon Lee 1, Kyeong Tae Min, Yong-Min Chun, Eun Jung Kim, Seung Ho Choi:** Effects of beach-chair position and induced hypotension on cerebral oxygen saturation in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. *The journal of arthroscopy and related surgery*. 2011; 27(7):889-94.
 7. **D'Alessio JG, Weller RS, Rosenblum M.** Activation of the bezold-iarisch reflex in the sitting position for shoulder arthroscopy using interscalene block. *Anesth Analg*. 1995;80:1158–1162.
 8. **Kwak HJ, Lee JS, Lee DC, Kim HS, Kim JY.** The effect of a sequential compression device on hemodynamics in arthroscopic shoulder surgery using beach-chair position. *Arthroscopy*. 2010; 26:729–733.
 9. **Soo Young Cho, Joungmin Kim, Sun Hong Park, Seongtae Jeong, Sung-Su Chung, Kyung Yeon Yoo:** Vasopressin ameliorates hypotension induced by beach chair positioning in a dose-dependent manner in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery under general anesthesia. *Korean J Anesthesiol*.2015 Jun;68(3): 232-40.

ĐẶC ĐIỂM LIPID MÁU Ở TRẺ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Quốc Cường¹, Lê Phạm Thu Hà²

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Tình trạng bệnh có thể dẫn đến các biến chứng, một trong số đó là vấn đề rối loạn lipid máu (RLLPM). Tại Việt Nam chỉ có 1 nghiên cứu về RLLPM ở trẻ HCTH kháng Steroids. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 126 trường hợp HCTH trên 2 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH bao gồm: đạm niệu 24 giờ > 50

mg/kg hoặc tỉ số protein/creatinin niệu > 200 mg/mmol. Tiêu chí loại ra gồm: (1) trẻ có các bệnh lý cầu thận khác ngoài HCTH như bệnh thận IgA, Lupus đỏ hệ thống, viêm cầu thận do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn; (2) trẻ có tiền căn RLLPM có tính gia đình. Xét nghiệm lipid máu được thực hiện bằng cách lấy mẫu máu đầu tiên vào buổi sáng, dặn dò ba mẹ trẻ vào tối hôm trước, đảm bảo trẻ nhịn đủ 8 giờ trước khi lấy máu. Ngưỡng cắt để phân loại nồng độ lipid máu được dựa trên hướng dẫn của Hiệp Hội Nhi Khoa Hoa Kỳ. **Kết quả:** Trong 126 trẻ có 23 trường hợp mới chẩn đoán lần đầu và 103 trường hợp đang điều trị; có 93 trẻ nam và 33 trẻ nữ, tuổi khởi phát bệnh trung bình là 5,8 ± 3,9 tuổi; có 70 trường hợp được sinh thiết thận với 49 trường hợp MCD (70,0%) và 21 trường hợp FSGS (30,0%). Ở nhóm trẻ đang điều trị, thời gian dùng Steroids trung bình là 4,3 ± 4,0 năm; có 35 trẻ nhạy Steroids (34,0%), 60 trẻ kháng Steroids (58,2%) và 8 trẻ kháng CsA (7,8%);

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Cường

Email: drphamcuong2605@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

có 48 trường hợp lui bệnh (46,6%) và 55 trường hợp không lui bệnh (53,4%). Nồng độ trung bình các chất trong bilan lipid máu ở nhóm nghiên cứu đều tăng cao so với giá trị bình thường, cụ thể: TC $10,9 \pm 5,6$ mmol/L, TG $3,6 \pm 2,8$ mmol/L, LDL-C $7,3 \pm 4,4$ mmol/L, HDL-C $2,0 \pm 0,7$ mmol/L. Nồng độ các chất này ở nhóm trẻ đạt lui bệnh giảm đáng kể tuy nhiên vẫn còn cao so với giá trị bình thường: TC $6,8 \pm 3,6$ mmol/L, TG $2,5 \pm 1,4$ mmol/L, LDL-C $4,1 \pm 2,9$ mmol/L, HDL-C $1,6 \pm 0,6$ mmol/L. Tỷ lệ tăng TC máu ở nhóm không lui bệnh là 92,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 60,4% ở nhóm lui bệnh ($P < 0,01$). Tỷ lệ tăng LDL-C máu ở nhóm không lui bệnh là 90,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 43,8% ở nhóm lui bệnh ($P < 0,01$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng TG máu ở 2 nhóm trẻ lui bệnh và không lui bệnh. Nồng độ albumin máu trung bình ở các nhóm tăng TC máu; tăng TG máu; tăng LDL-C máu so với các nhóm có bilan lipid máu bình thường lần lượt là $2,2 \pm 1,1$ g/dl và $3,8 \pm 0,8$ g/dl ($P < 0,01$); $2,3 \pm 1,2$ g/dl và $3,5 \pm 0,8$ g/dl ($P < 0,01$); $2,0 \pm 1,0$ g/dl và $3,8 \pm 0,7$ g/dl ($P < 0,01$). **Kết luận:** Ở trẻ HCTH, tất cả các chỉ số trong bilan lipid máu đều tăng cao, kể cả HDL-C máu. Ở nhóm trẻ lui bệnh, nồng độ các chất này mặc dù đã giảm đáng kể nhưng vẫn còn cao so với giá trị bình thường. Dạng RLLPM chủ yếu ở trẻ HCTH là tăng TC máu và tăng LDL-C máu. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến tình trạng RLLPM là: mức độ phù, mức độ tiểu đạm, nồng độ albumin máu và mức độ đáp ứng điều trị.

Từ khóa: Hội chứng thận hư, rối loạn lipid máu

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DYSLIPIDEMIA IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME AT CHILDREN HOSPITAL 1

Introduction: Nephrotic syndrome (NS) is the most common glomerular disease in children. There are several complications of this disease, one of which is dyslipidemia. In Viet Nam, there is only one research about dyslipidemia in children with Steroid – resistant NS. **Method:** We performed a cross – sectional study of 126 children with NS at Children Hospital 1 from November 2022 to June 2023. Diagnostic criteria include 24-hour proteinuria > 50 mg/kg or uPCR > 200 mg/mmol. Elimination criteria include: (1) children with additional glomerular disease such as IgA nephropathy, SLE, glomerulonephritis due to infection or autoimmune; (2) children with familial dyslipidemia. A fasting lipid profile is performed by taking the first blood sample in the morning, ensuring that the child fasts for 8 hours by instructing their parents the night before. Cutoff points are used to categorize lipid values are based on the guidelines of the American Academy of Pediatrics. **Results:** In 126 children, there were 23 newly diagnosed cases and 103 cases under treatment; there were 93 male and 33 female, mean age at first diagnosis was $5,8 \pm 3,9$ years old; there were 70 cases that get kidney biopsy with 49 MCD (70,0%) and 21 FSGS (30,0%). In the children who were under treatment, the average time of using Steroid was $4,3 \pm 4,0$ years; there were 35 Steroid – sensitive cases (34,0%), 60 Steroid –

resistant cases (58,2%) and 8 Calcineurin (CsA) – resistant cases (7,8%); there were 48 remission cases (46,6%) and 55 cases of no remission (53,4%). Mean level of categories in bilan lipid in the study group were higher than normal values, details: TC $10,9 \pm 5,6$ mmol/L, TG $3,6 \pm 2,8$ mmol/L, LDL-C $7,3 \pm 4,4$ mmol/L, HDL-C $2,0 \pm 0,7$ mmol/L. These levels in the remission cases decreased significantly, however they were still higher than normal values: TC $6,8 \pm 3,6$ mmol/L, TG $2,5 \pm 1,4$ mmol/L, LDL-C $4,1 \pm 2,9$ mmol/L, HDL-C $1,6 \pm 0,6$ mmol/L. Hypercholesterolemia rate in no remission cases was 92,7%, significantly higher than 60,4% in remission group ($P < 0,01$). Elevated LDL-C rate in no remission cases was 90,9%, significantly higher than 43,8% in remission group ($P < 0,01$). There were no differences about hypertriglyceridemia ratio between remission group and no remission group. Average plasma albumin level in children with hypercholesterolemia; hypertriglyceridemia; elevated LDL-C compared to children with a normal lipid profile was sequentially $2,2 \pm 1,1$ g/dl and $3,8 \pm 0,8$ g/dl ($P < 0,01$); $2,3 \pm 1,2$ g/dl and $3,5 \pm 0,8$ g/dl ($P < 0,01$); $2,0 \pm 1,0$ g/dl and $3,8 \pm 0,7$ g/dl ($P < 0,01$). **Conclusion:** In children with NS, all categories in bilan lipid increased, including HDL-C. In children with remission, these levels decreased significantly, however they were still higher than normal values. The common types of dyslipidemia in children with NS were hypercholesterolemia and elevated LDL-C. Clinical and sub-clinical factors that affect dyslipidemia were edema degree, proteinuria degree, albumin level and level of treatment response.

Keywords: Nephrotic syndrome, dyslipidemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Tình trạng bệnh có thể dẫn đến các biến chứng, một trong số đó là vấn đề RLLPM. Nhận biết được các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng RLLPM ở trẻ HCTH sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời nhằm ngăn ngừa sự tiến triển của các biến cố tim mạch. Trên thế giới đã có vài nghiên cứu về tình trạng RLLPM ở trẻ HCTH [4],[6],[8]. Tại Việt Nam, chỉ có 1 nghiên cứu về RLLPM ở trẻ HCTH kháng Steroids [1]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá đặc điểm lipid máu ở trẻ HCTH.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ hoặc giá trị trung bình các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ HCTH.
- Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu, đặc điểm rối loạn lipid máu và sự phân bố theo tuổi, giới, huyết áp, mức độ phù, liều điều trị và thời gian dùng Steroids, tình trạng Cushing, dạng lâm sàng HCTH, mức độ đáp ứng điều trị, mức độ tiểu đạm, nồng độ albumin máu và kết quả giải phẫu bệnh (nếu có).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi > 2 tuổi mới được chẩn đoán hoặc đang điều trị HCTH tại khoa Thận – Nội Tiết bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/11/2022 đến ngày 30/06/2023.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán HCTH theo tiêu chuẩn [2]:

- Tiểu đạm ≥ 50 mg/kg/ngày hoặc PCR niệu ≥ 2 mg/mg hoặc ≥ 200 mg/mmol.

- Albumin máu < 2,5 g/dL

Tiêu chí loại trừ: (1) trẻ có các bệnh lý cầu thận khác ngoài HCTH như bệnh thận IgA, Lupus đỏ hệ thống, viêm cầu thận do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn; (2) trẻ có tiền căn RLLPM có tính gia đình.

Phương pháp đo nồng độ bilan lipid máu: Đo lipid máu dựa trên mẫu máu đầu tiên được lấy vào buổi sáng, nhịn đói ba mẹ trẻ vào tối hôm trước, đảm bảo trẻ nhịn đủ 8 giờ trước khi lấy máu. Ngưỡng cắt để phân loại nồng độ lipid máu được dựa trên hướng dẫn của Hiệp Hội Nhi Khoa Hoa Kỳ [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 8 tháng, từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023 tại khoa Thận – Nội Tiết bệnh viện Nhi Đồng 1, chúng tôi ghi nhận 126 trường hợp HCTH thỏa tiêu chuẩn chọn vào nhóm nghiên cứu. Trong đó, có 23 trường hợp mới chẩn đoán lần đầu và 103 trường hợp đang điều trị. Trong nhóm nghiên cứu có 70 trẻ được sinh thiết thận với kết quả gồm 49 trường hợp MCD (70,0%) và 21 trường hợp FSGS (30,0%).

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng chung ở nhóm nghiên cứu

Tuổi (n=126)	10,2 ± 4,2 tuổi (nhỏ nhất là 24 tháng, lớn nhất là 16 tuổi)	
Tuổi mắc bệnh (n=126)	5,8 ± 3,9 tuổi (nhỏ nhất là 13 tháng, lớn nhất là 15,9 tuổi)	
Giới (n=126)	Nam (n=93)	73,8%
	Nữ (n=33)	26,2%
Nơi cư trú (n=126)	Thành phố Hồ Chí Minh (n=20)	15,9%
	Các tỉnh khác (n=106)	84,1%
Tổng số bệnh nhân (n=126)	Mới chẩn đoán (n=23)	18,3%
Tình trạng phù (n=126)	Không phù (n=58)	46,0%
	Phù nhẹ (n=14)	11,1%
	Phù trung bình – nặng (n=54)	42,9%
	Bình thường (n=55)	43,7%

Trị số huyết áp (n=126)	Huyết áp cao (n=21)	16,7%
	Tăng huyết áp (n=50)	39,6%
Biến chứng (n=23)	Sốc giảm thể tích (n=7)	5,6%
	Nhiễm trùng (n=14)	11,1%
	Tăng đông (n=2)	1,6%

Nhận xét: Tại thời điểm tham gia nghiên cứu, hơn 80% bệnh nhân đã từng được chẩn đoán HCTH. Tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, tỷ lệ biến chứng là 18,3%.

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng nhóm đang điều trị

Thời gian mắc bệnh (n=103)	4,4 ± 4,0 năm (lâu nhất là 12,8 năm)	
Tình trạng Cushing (n=103)	Có (n=59)	57,3%
	Không (n=44)	42,7%
Thời gian dùng Steroid (n=94)	4,3 ± 4,0 năm (lâu nhất là 12,6 năm)	
Dùng Steroid liều cao (n=94)	Có (n=50)	53,2%
	Không (n=44)	46,8%
Thời gian ngưng Steroid (n=9)	0,1 ± 0,4 năm	
Phân loại HCTH (n=103)	Nhạy Steroid (n=35)	34,0%
	Kháng Steroid (n=60)	58,2%
	Kháng Cyclosporin (n=8)	7,8%
Mức đáp ứng điều trị (n=103)	Lui bệnh (n=48)	46,6%
	Không lui bệnh (n=55)	53,4%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là HCTH kháng Steroid và vẫn chưa đạt lui bệnh. Tại thời điểm tham gia nghiên cứu có 9 bệnh nhân đã ngưng Steroid.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Đạm niệu trên que Dipstick (n=126)	Không tiểu đạm (n=37)	29,4%
	Tiểu đạm ít (n=17)	13,5%
	Tiểu đạm nhiều (n=72)	57,1%
Đạm niệu 24 giờ và uPCR (n=126)	Không tiểu đạm (n=27)	21,4%
	Có tiểu đạm (n=21)	16,7%
	Tiểu đạm ngưỡng thận hư (n=78)	61,9%
Natri máu (n=126)	134,2 ± 3,9 mEq/L	
Canxi máu (n=126)	1,1 ± 0,1 mEq/L	
Albumin máu (n=126)	2,5 ± 1,2 g/dL	
Giảm Albumin máu (n=126)	Không (n=56)	44,6%
	Có (n=70)	55,4%
GFR (n=126)	132,7 ± 39,1 ml/phút/1,73 m ² da	
GFR <90 ml/phút/1,73 m ² da (n=126)	Không (n=111)	88,1%
	Có (n = 15)	11,9%

Sang thương giải phẫu bệnh (n=70)	MCD (n = 49)	70,0%
	FSGS (n = 21)	30,0%
AST máu (n=126)	28,4 ± 12,6 UI/L	
ALT máu (n=126)	20,9 ± 16,6 UI/L	
Đường huyết (n=126)	4,7 ± 0,8 mmol/L	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có tiểu đạ m ngưỡng thận hư, có sang thương giải phẫu bệnh là MCD. Các chỉ số Natri, Canxi và đường huyết trong giới hạn bình thường.

3.3. Đặc điểm lipid máu và môi liên

Bảng 3.5: So sánh lipid máu ở nhóm lui bệnh so với nhóm không lui bệnh và giá trị bình thường

	Lui bệnh (n = 48)	Không lui bệnh (n = 55)	P	Lui bệnh (n = 48)	Giá trị bình thường	P
TC (mmol/L)	6,8 ± 3,6	12,5 ± 5,1	< 0,01*	6,8 ± 3,6	5,2	< 0,01*
TG (mmol/L)	2,5 ± 1,4	3,9 ± 2,4	< 0,01*	2,5 ± 1,4	1,5	< 0,01*
LDL-C (mmol/L)	4,1 ± 2,9	8,5 ± 4,1	< 0,01*	4,1 ± 2,9	3,4	0,1
HDL-C (mmol/L)	1,6 ± 0,6	2,2 ± 0,6	< 0,01*	1,6 ± 0,6	1,0	< 0,01*

Nhận xét: Nồng độ các chất trong bilan lipid máu ở nhóm lui bệnh đều thấp hơn so với nhóm không lui bệnh. Tuy nhiên, khi đạ t lui bệnh ngoại trừ LDL-C, các chỉ số còn lại vẫn còn cao hơn giá trị bình thường.

Bảng 3.6: Môi liên quan giữa bilan lipid máu với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng	TC		P	TG		P	LDL-C		P	HDL-C		P
	Bình thường n=23	Tăng n=103		Bình thường n=22	Tăng n=104		Bình thường n=32	Tăng n=94		Bình thường n=122	Giảm n=4	
Nhóm tuổi (n=126)	Dưới 10 tuổi (n=48)	6 42 (87,5%)	0,2	5 43 (89,6%)	0,2	7 41 (85,4%)	0,04*	47 1 (2,1%)	1,0			
	Từ 10 tuổi trở lên (n=78)	17 61 (78,2%)		17 61 (78,2%)		25 53 (67,9%)		75 3 (3,9%)				
Giới (n=126)	Nam (n=93)	19 74 (79,6%)	0,4	15 78 (83,9%)	0,6	25 68 (73,1%)	0,6	89 4 (4,3%)	0,6			
	Nữ (n=33)	4 29 (87,9%)		7 26 (78,8%)		7 26 (78,8%)		33 0 (0,0%)				
Mức huyết áp (n=126)	Bình thường (n=55)	13 42 (76,4%)	0,3	14 41 (74,5%)	0,1	15 40 (72,7%)	0,8	53 2 (3,6%)	0,1			
	Huyết áp cao (n=21)	4 17 (80,9%)		2 19 (90,5%)		6 15 (71,4%)		19 2 (9,5%)				
	Tăng huyết áp (n=50)	6 44 (88,0%)		6 44 (88,0%)		11 39 (78,0%)		50 0 (0,0%)				
Mức độ phù (n=126)	Không phù (n=58)	19 39 (67,2%)	< 0,01*	18 40 (69,0%)	< 0,01*	27 31 (53,4%)	< 0,01*	55 3 (5,2%)	0,2			
	Phù nhẹ (n=14)	2 12 (85,7%)		3 11 (78,6%)		3 11 (78,6%)		13 1 (7,1%)				
	Phù trung bình -	2 52 (96,3%)		1 53 (98,1%)		2 52 (96,3%)		54 0 (0,0%)				

quan giữa lipid máu với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.4: Nồng độ bilan lipid máu trung bình trong nhóm nghiên cứu

TC (n = 126)	10,9 ± 5,6 mmol/L
TG (n = 126)	3,6 ± 2,7 mmol/L
LDL-C (n = 126)	7,3 ± 4,4 mmol/L
HDL-C (n = 126)	2,0 ± 0,7 mmol/L

Nhận xét: Nồng độ trung bình của các chất trong bilan lipid máu đều tăng cao.

	nặng (n=54)												
Liều steroids (mg/kg/ngày)		1,1 ± 0,5	1,1 ± 1,0	0,9	1,3 ± 1,0	1,1 ± 0,9	0,4	1,3 ± 0,7	1,1 ± 1,0	0,3	1,1 ± 1,0	1,3 ± 0,5	0,8
Thời gian dùng Steroids (năm)		5,6 ± 3,7	4,0 ± 3,9	0,0 8	5,2 ± 4,1	4,1 ± 3,9	0,3	5,8 ± 3,6	3,9 ± 3,9	< 0,01 **	4,3 ± 3,9	5,5 ± 4,9	0,5
HC Cushing (n= 103)	Không (n=44)	9	35 (79,5%)	0,7	12	32 (72,7%)	0,2	11	33 (75,0%)	0,3	42	2 (4,5%)	1,0
	Có (n=59)	14	45 (76,3%)		10	49 (83,1%)		21	38 (64,4%)		57	2 (3,4%)	
Dạng HCTH (n= 103)	Nhảy Steroids (n=35)	7	28 (80,0%)	0,8	8	27 (77,1%)	0,8	9	26 (74,3%)	0,6	34	1 (2,9%)	1,0
	Kháng Steroids (n=60)	15	45 (75,0%)		12	48 (80,0%)		21	39 (65,0%)		57	3 (5,0%)	
	Kháng CsA (n=8)	1	7 (87,5%)		2	6 (75,0%)		2	6 (75,0%)		8	0 (0,0%)	
Giải phẫu bệnh (n=70)	MCD (n=49)	10	39 (79,6%)	0,4	9	40 (81,6%)	0,4	17	32 (65,3%)	0,8	46	3 (6,1%)	0,6
	FSGS (n=21)	7	14 (66,7%)		6	15 (71,4%)		8	13 (61,9%)		21	0 (0,0%)	
Đáp ứng điều trị (n= 103)	Không lùi bệnh (n=55)	4	51 (92,7%)	< 0,0 1*	9	46 (83,6%)	0,2	5	50 (90,9%)	< 0,01 *	54	1 (1,8%)	0,3
	Lùi bệnh (n=48)	19	29 (60,4%)		13	35 (72,9%)		27	21 (43,8%)		45	3 (6,3%)	
Tiểu đạm (n = 126)	Không (n=27)	13	14 (51,9%)	< 0,0 1*	7	20 (74,1%)	0,0 7	15	12 (44,4%)	< 0,01 *	26	1 (3,7%)	0,1
	Ít (n=21)	6	15 (71,4%)		6	15 (71,4%)		12	9 (42,9%)		19	2 (9,5%)	
	Ngưỡng thận hư (n=78)	4	74 (94,9%)		9	69 (88,5%)		5	73 (93,6%)		77	1 (1,3%)	
Nồng độ Albumin máu (g/dL) (n=126)		3,8 ± 0,8	2,2 ± 1,1	< 0,0 1**	3,5 ± 0,8	2,3 ± 1,2	< 0,0 1**	3,8 ± 0,7	2,0 ± 1,0	< 0,01 **	2,4 ± 1,2	3,6 ± 1,0	0,0 6

*: phép kiểm chi bình phương, **: phép kiểm T – test

Nhận xét: Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến tình trạng RLLPM là: mức độ phù, mức độ tiểu đạm, nồng độ albumin máu và mức độ đáp ứng điều trị. Riêng đối với LDL-C, có thêm 2 yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tăng thành phần này trong máu là độ tuổi và thời gian dùng Steroid.

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ TC, TG, LDL-C và HDL-C máu trung bình trong nhóm nghiên cứu đều cao hơn ngưỡng bình thường rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu trước đây [1],[4],[6].

Chúng tôi cũng ghi nhận tương quan tuyến tính thuận giữa TC với TG máu ($r = 0,6$ với $P <$

$0,01$) và giữa TC với LDL-C máu ($r = 1,0$ với $P < 0,01$). Kết quả này phù hợp với kết luận của những nghiên cứu trước đây:

Theo Hồ Thị Ngọc Bích [1], nồng độ cholesterol toàn phần trung bình tăng 177,0%, nồng độ triglycerid tăng 350,0%, LDL-C tăng 186,0% so với ngưỡng bất thường. Nồng độ HDL-C cũng có xu hướng tăng lên. Đồng thời cũng có tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ TC và LDL-C máu ($r = 0,8$ với $P < 0,01$), mối tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ TC và TG máu ($r = 0,4$ với $P < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của Dnyanesh và cộng sự [4] cho thấy nồng độ trung bình các chỉ số trong bilan lipid máu lần lượt là: TC 11,0 mmol/L; LDL-C 8,3 mmol/L; TG 3,2 mmol/L. Tất

cả các giá trị này đều cao hơn so với bình thường và có ý nghĩa thống kê trong mọi trường hợp ($P < 0,01$). Nồng độ HDL-C trung bình là 1,2 mmol/L và không thay đổi đáng kể trong quá trình bệnh so với nhóm chứng.

Khi phân tích về tác động của độ tuổi, thời gian dùng Steroids trên tình trạng rối loạn lipid máu chúng tôi nhận thấy chỉ có nồng độ LDL-C máu là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm trẻ lớn tuổi, sử dụng Steroids kéo dài có xu hướng tăng LDL-C ít hơn. Điều này có thể do việc sử dụng Atorvastatin ở nhóm trẻ lớn tuổi. Tác động của việc dùng Steroids kéo dài trên nồng độ LDL-C máu có thể là vì ở nhóm điều trị Steroids kéo dài, tỉ lệ đạt lui bệnh cao hơn nên nồng độ LDL-C máu ổn định hơn.

Khi xét về mối liên quan giữa bilan lipid máu với albumin máu, chúng tôi ghi nhận: nồng độ albumin máu ở nhóm có rối loạn lipid máu đều thấp hơn đáng kể so với nhóm bình thường và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$). Có tương quan nghịch giữa TC và albumin ($r = -0,7$ với $P < 0,01$), giữa LDL-C và albumin ($r = -0,7$ với $P < 0,01$), giữa TG và albumin ($r = -0,4$ với $P < 0,01$). Kết quả này tương đồng với một vài nghiên cứu trên thế giới: Hồ Thị Ngọc Bích [1] nghiên cứu trên 27 trẻ SRNS (2015) cho thấy có tương quan nghịch, khá chặt giữa TC và albumin ($r = -0,6$ với $P < 0,01$), tương quan nghịch, trung bình giữa LDL-C và albumin ($r = -0,5$ với $P < 0,01$). Có tương quan nghịch giữa TG và albumin nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,07$); Sreenivasa và cộng sự [8] nghiên cứu trên 35 trẻ HCTH lần đầu và 15 trẻ HCTH tái phát (2015) cho thấy có tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ albumin và TC máu ($P < 0,01$); Jameela A. Kari và cộng sự [6] nghiên cứu trên 38 trẻ HCTH (2012) đã kết luận rằng có sự tương quan nghịch giữa TC và albumin ($r = -0,8$ với $P < 0,01$), giữa TG và albumin ($r = -0,9$ với $P < 0,01$), giữa LDL-C và albumin ($r = -0,8$ với $P < 0,01$).

Về mối liên quan giữa lipid máu và đặc điểm bệnh HCTH chúng tôi nhận thấy có những điểm sau: Trẻ càng phù nhiều, tỉ lệ rối loạn lipid máu càng tăng, cao nhất ở nhóm trẻ phù trung bình – nặng. Nhóm trẻ tiểu đạm ngưỡng thận hư có tỉ lệ rối loạn lipid máu cao hơn rõ rệt so với nhóm tiểu đạm ít và không tiểu đạm.

Tình trạng rối loạn lipid máu cải thiện đáng kể khi trẻ đạt lui bệnh. Nồng độ TC, TG và LDL-C máu ở nhóm trẻ lui bệnh thấp hơn rõ rệt so với nhóm trẻ không lui bệnh ($P < 0,01$) dù rằng nồng độ TC và TG máu vẫn còn cao so với

ngưỡng bình thường. Trong đó, chỉ số LDL-C máu có mức cải thiện cao nhất. Ở nhóm trẻ lui bệnh, số trẻ tăng LDL-C giảm hơn một nửa ở nhóm lui bệnh và nồng độ LDL-C trung bình ở nhóm trẻ lui bệnh cũng không có sự khác biệt so với dân số chung ($P = 0,1$). Những kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây: Theo Hồ Thị Ngọc Bích (2015) [1], điều trị bệnh nền có ảnh hưởng đến sự thay đổi của bilan lipid máu trên bệnh nhân hội chứng thận hư. Nồng độ TC, TG, LDL-C và HDL-C máu tại thời điểm 3 tháng sau điều trị giảm đáng kể so với thời điểm khởi bệnh. Tuy nhiên, nồng độ các chất trong bilan lipid máu vẫn còn cao sau khi đạt được lui bệnh ở một số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu; Mérouani và cộng sự (2003) [7] cho thấy trong số trẻ HCTH đã lui bệnh, 48,0% trường hợp có TC và LDL-C ở mức trên bách phân vị thứ 95 theo tuổi với gần 30,0% có nồng độ apolipoprotein B và TG ở mức trên bách phân vị thứ 95; Indumati và cộng sự (2011) [5] nghiên cứu trên 20 trẻ HCTH với kết quả cho thấy tăng đáng kể nồng độ TC, LDL-C, VLDL, TG máu ở trẻ HCTH so với nhóm chứng ($P < 0,01$). Có sự giảm đáng kể nồng độ TC, LDL-C, VLDL, TG máu sau 8 – 10 tuần điều trị so với ban đầu ở trẻ HCTH.

Từ đó có thể kết luận rằng tại thời điểm khởi bệnh và những lúc tái phát HCTH, trẻ có rối loạn lipid máu tăng theo mức độ phù và mức tiểu đạm. Điều trị giúp giảm các đợt tái phát, duy trì lui bệnh trong thời gian dài sẽ giúp cải thiện tình trạng tăng lipid máu, đặc biệt là LDL-C một chất có vai trò quan trọng trong các vấn đề tim mạch. Bên cạnh đó, các nhà lâm sàng cần chú ý theo dõi tình trạng rối loạn lipid máu ở trẻ HCTH kể cả trong giai đoạn lui bệnh vì có tỉ lệ không nhỏ trẻ vẫn bị RLLPM kéo dài dù đã ổn định bệnh nền. Cần có thêm những nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để có tiên lượng chính xác hơn về tình trạng RLLPM ở trẻ HCTH.

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với các đặc điểm lâm sàng như giới tính, huyết áp, dạng lâm sàng HCTH, liều dùng Steroids, tình trạng Cushing và kết quả giải phẫu bệnh trên sinh thiết thận.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ TC máu trung bình là $10,9 \pm 5,6$ mmol/L. Tỉ lệ tăng TC máu là 81,7%.

Nồng độ TG máu trung bình là $3,6 \pm 2,8$ mmol/L. Tỉ lệ tăng TG máu là 82,5%.

Nồng độ LDL-C máu trung bình là $7,3 \pm 4,4$ mmol/L. Tỉ lệ tăng LDL-C máu là 74,6%.

Nồng độ HDL-C máu trung bình là $2,0 \pm 0,7$ mmol/L. Tỷ lệ giảm HDL-C máu là 3,2%.

Dạng RLLPM chủ yếu ở trẻ HCTH là tăng TC máu và tăng LDL-C máu.

Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến tình trạng RLLPM là: tuổi, biểu hiện HC Cushing, mức độ phù, mức độ tiểu đạm, nồng độ albumin máu và mức độ đáp ứng điều trị bệnh nền.

Ở nhóm trẻ đạt lui bệnh, nồng độ các chất trong bilan lipid máu mặc dù đã giảm đáng kể so với nhóm không lui bệnh nhưng vẫn còn cao so với giá trị bình thường của dân số chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Ngọc Bích** (2015). "Rối loạn lipid máu trên bệnh nhân mắc hội chứng thận hư kháng steroid tại bệnh viện Nhi Đồng 1". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Đức Quang** (2020). "Hội chứng thận hư trẻ em". Phác đồ điều trị nhi khoa 2020, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y Học TP.HCM, pp. 836-847.
3. **American Academy of Pediatrics, Guideline Pediatrics Practice** (2012). "Expert Panel on Integrated Pediatric Guideline for Cardiovascular Health and Risk Reduction". Pediatrics, 129 (4), pp. e1111.
4. **Dnyanesh DK et al** (2014). "A Study of Serum Lipids in Nephrotic Syndrome in Children". IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 13 (3), pp. 1-6.
5. **Indumati V, Krishnaswamy D, Satishkumar D, et al.** (2011). "Serum proteins, initial and follow-up lipid profile in children with nephrotic syndrome". International Journal of Applied Biology and Pharmaceutical Technology, 2 (3), pp. 59-63.
6. **Kari JA et al** (2012). "lipoprotein (a) and other dyslipidemia in Saudi children with nephrotic syndrome". Journal of Health Science, 2 (6), pp. 57-63.
7. **Mérouani A, Lévy E, Mongeau JG, et al.** (2003). "Hyperlipidemic profiles during remission in childhood idiopathic nephrotic syndrome". Clinical Biochemistry, 36 (7), pp. 571-574.
8. **Screenivasa B, Sunil Kumar P, Suresh Babu M.T, et al.** (2015). "serum lipid profiles during onset and remission of steroid sensitive nephrotic syndrome in children". BMR Medicine, 1 (1), pp. 1-4.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẸ CAO TUỔI

Trần Việt Lực^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2},
Vũ Thị Kiều Oanh¹, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mối liên quan với một số đặc điểm chung ở người bệnh cao tuổi có suy giảm nhận thức nhẹ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng bảng tầm soát dinh dưỡng tối thiểu dành cho người cao tuổi (Mini Nutritional Assessment - MNA-SF). **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng lần lượt là 16,2% và 57,4%. Trong 6 lĩnh vực của MNA-SF, tỷ lệ người bệnh có: giảm lượng thực phẩm tiêu thụ là 50% trong đó 2,9% giảm nghiêm trọng; giảm cân không chủ đích từ 1-3kg và >3kg trong vòng 3 tháng qua lần lượt là 25% và 7,3%. 20,6% người bệnh có thể di chuyển ra khỏi giường và ghế, 8,8% đối tượng chỉ nằm tại giường/ghế. 22,1% người bệnh trải qua căng thẳng

tâm lý hoặc bệnh cấp tính trong vòng 3 tháng qua. Tỷ lệ người bệnh có trầm cảm nặng/sa sút trí tuệ nhẹ chiếm tỷ lệ thấp. Một phần tư đối tượng nghiên cứu có BMI < 19 kg/m². Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng và thoái hóa khớp ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa tình trạng dinh dưỡng và tuổi, giới, tình trạng chung sống, nơi sống và các bệnh đồng mắc khác ($p > 0,05$). **Kết luận:** tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh suy giảm nhận thức nhẹ cao tuổi khá cao do đó cần được đánh giá thường xuyên.

Từ khóa: suy giảm nhận thức nhẹ, người cao tuổi, suy dinh dưỡng

SUMMARY

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN OLDER PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Objectives: to assess nutritional status and its association with general characteristics in older patients with mild cognitive impairment. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 68 patients ≥ 60 years old diagnosed with mild cognitive impairment examined and treated at the National Geriatric Hospital. Nutritional status was assessed using the Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). **Results:** The proportion of patients with

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024